THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 juin 1870,

PAR ERNEST MOTAIS,

Né à Montfort-sur-Meu (Ille-et-Vilaine).

EX-INTERNE SUPPLÉANT ET PROSECTEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES,
LAURÉAT DE LA MÊME ÉCOLE (DEUX PREMIERS PRIX, DEUX SECONDS PRIX)
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS.

SYMPTOMATOLOGIE

DE LA

CONGESTION CHRONIQUE DU FOIE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1870

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD. Chargé de cours.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). LASÈGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron Paul DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron Jules CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON

Agrégés en exercice.

BAILLY.	MM. DE SEYNES.	MM. ISAMBERT.	MM. PAUL.
BALL.	DESPLATS.	JACCOUD.	PERIER.
BLACHEZ.	DUPLAY.	JOULIN.	PETER.
BUCQUOY.	FOURNIER.	LABBÉ (Léon).	POLAILLON.
CORNIL.	GRIMAUX.	LEFORT.	PROUST.
CRUVEILHIER.	GUYON.	LUTZ.	RAYNAUD.
		PANAS.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.* . . .
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.* . . .
— de l'ophthalmologie	*N.* . . .
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse,

MM. AXENFELD, *Président*, BOUCHARDAT, BLACHEZ, GUYON.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE & A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A MES ANCIENS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES :

M. DELACOUR

Professeur de clinique interne.

M. AUBRÉE

Professeur de clinique externe.

M. REGNAULT

Professeur de thérapeutique.

M. DAYOT

Médecin de l'hôpital Napoléon.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

A M. LE PROFESSEUR AXENFELD

A M. LE DOCTEUR DELPECH

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

SYMPTOMATOLOGIE

DE LA

CONGESTION CHRONIQUE DU FOIE

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES.

Le foie est un des viscères les plus volumineux et les plus importants du corps humain. Il pourra dès lors sembler étrange que cet organe soit l'un des moins connus, sinon dans sa physiologie (depuis les belles expériences de M. Claude Bernard), du moins dans sa pathologie.

Une telle contradiction semble encore plus extraordinaire lorsque, en parcourant les anciens auteurs, on voit quelle attention ils accordaient aux affections hépatiques, à quel point leur imagination les multipliait et exagérait leur rôle dans l'étiologie des divers troubles morbides.

Ce fait qui nous étonne à première vue, trouve en partie son explication dans la tendance vraiment funeste de nos devanciers à recourir aux hypothèses plutôt qu'aux expériences. Aussi, après avoir fait varier au gré de leurs théories la viscosité, l'acreté, la malignité de ces innombrables humeurs sécrétées par le foie, après avoir longtemps argumenté sur de pures conceptions de l'esprit

plus ou moins fantaisistes, nous ont-ils laissé, en définitive, tout à faire ou à refaire dans une des parties les plus délicates et les plus ardues de la pathologie.

A cette cause première et principale du retard de nos connaissances positives sur les affections du foie, est venue s'en ajouter une seconde: à savoir, les difficultés sérieuses que présente l'exploration de la région hépatique.

On sait, en effet, que les modes physiques d'investigation du foie sont très-restreints, puisqu'ils se réduisent à la percussion et parfois à la palpation et à la mensuration. Or, ces moyens, pour donner des résultats précis, exigent une assez grande habitude de la part de l'observateur.

La réaction générale elle-même, loin d'appeler l'attention du malade et du médecin sur l'organe lésé, est souvent au début insignifiante ou se traduit par des symptômes qui peuvent être attribués à toute autre influence morbide.

De là sans doute des découragements devant les essais infructueux, et des diagnostics erronés reposant sur des symptômes plus ou moins éloignés qui font prendre le change et laisser de côté la cause réelle pour l'affection secondaire.

Ces quelques considérations préliminaires étaient, croyons-nous, tout à fait indispensables pour dissiper ou tout au moins pour atténuer l'invraisemblance de cette vérité, qu'une des affections es plus communes et souvent des plus graves a été à peine entrevue au commencement du siècle, n'est encore mentionnée qu'en passant dans la plupart de nos traités classiques et n'est que bien rarement l'objet d'un examen spécial dans nos hôpitaux.

Nous voulons parler de la *Congestion chronique du foie.* Pour prouver que nous n'exagérons rien, nous ferons remarquer qu'en 1866

M. Fleury (*Traité d'hydrothérapie*, 3e édition) publiait, choisies parmi un très-grand nombre d'autres, plus de vingt observations de congestions énormes du foie sur lesquelles tous les diagnostics avaient été portés, sauf le véritable, par les médecins les plus distingués de Paris, de la province et de l'étranger.

L'étude de cette affection se présente donc comme devant offrir d'autant plus d'intérêt qu'elle a été jusqu'ici plus négligée; mais aussi promet-elle d'être longue et difficile, et des observateurs aussi éminents que ceux qui l'ont commencée pourront seuls la continuer utilement.

Pour nous qui ne saurions avoir la prétention d'aborder une pareille tâche, nous nous contenterons de rappeler en quelques pages les savants mais trop rares ouvrages publiés jusqu'ici sur l'hyperémie hépatique et d'exposer, d'après eux, la symptomatologie de cette affection. Nous nous réservons toutefois d'insister sur quelques points particulièrement dignes d'attention en nous appuyant toujours sur les auteurs dont nous allons parler et parfois aussi sur notre propre observation.

APERÇU HISTORIQUE.

L'hyperémie du foie, dit Monneret (*Traité de pathologie interne*, t. I, p. 594), est l'accumulation insolite et plus ou moins durable du sang dans la totalité ou dans une partie de son parenchyme.

Cette définition basée sur l'anatomie pathologique nous semble la seule qui puisse convenir à un état morbide dont les causes, les symptômes, la marche sont aussi variables, aussi dissemblables même.

En consultant les auteurs anciens sur la congestion hépatique, nous ne l'avons trouvée nulle part définie avec cette précision.

Portal, qui, le premier, en 1813, s'est proposé d'en faire un traité sérieux (1), ne craint pas de dire de ses devanciers (Glisson, Morgagni, Haller, etc.) :

« Ces grands médecins ont généralement compris sous une seule classe les obstructions du foie sans aucune distinction d'espèces, ce qui fait que leurs travaux sont peu propres à nous éclairer sur la nature de ces obstructions et à nous diriger vers un traitement méthodique et heureux. »

Ce début permettait d'espérer une description exacte et complète de la congestion hépatique. Mais, si l'on doit noter dans cet ouvrage quelques considérations très-justes et plusieurs observations bien faites, il faut bien constater, devant les nombreuses erreurs ou exagérations symptomatologiques (dureté du pouls, couperose de la face, évacuation du sang par les selles ou les vomissements) que Portal n'avait pas lui-même une idée très-nette de l'affection qu'il étudiait.

Andral, le premier, caractérisa nettement l'hyperémie hépatique qu'il s'efforça de faire prendre place dans le cadre nosologique ; il établit par cinq observations que les congestions du foie *peuvent être primitives*, persister longtemps sans altération grave de l'organe, se terminer par la guérison, mais aussi *par la mort*.

Dans un simple chapitre de son traité, Andral avait réellement créé la symptomatologie de l'hyperémie chronique du foie.

Il semble qu'une telle découverte, venant d'un tel maître, aurait dû promptement se répandre et occuper la place à laquelle elle avait droit ; mais à cette époque, la voix de Broussais avait trop de retentissement pour ne pas couvrir toutes les autres ; le travail d'Andral tomba dans l'oubli, si bien que, depuis, Bonnet,

---

(1) Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie. — Paris, 1813, p. 56-57.

Piorry et Grisolle n'en parlent pas, ou se bornent à en donner un simple aperçu.

En 1852, M. Fleury reprit la question et prouva par un très-grand nombre d'observations que la congestion chronique du foie *non-seulement pouvait être, mais était très-souvent primitive* ou du moins persistait indéfiniment à l'état isolé après la disparition de la cause morbide qui l'avait fait naître; de plus, chose rare dans l'histoire de la médecine, en retrouvant pour ainsi dire la maladie, il découvrit le remède; les douches hépatiques directes, —méthode de traitement dont tout l'honneur lui revient—ont en effet donné entre ses mains des résultats trop remarquables pour en effet qu'on n'en apprécie pas hautement la valeur, surtout dans une affection si rebelle à tout autre moyen de traitement.

En 1861, Monneret publia dans les Archives générales de médecine un mémoire très-étendu, où il traite spécialement de l'étiologie et du diagnostic de l'hyperémie chronique du foie.

Enfin, Frerichs fit faire un réel progrès à l'anatomie pathologique en séparant nettement la cirrhose des altérations causées par l'hyperémie, surtout par l'hyperémie consécutive aux affections cardiaques.

De ce rapide exposé, il résulte que l'histoire de la congestion chronique du foie ne remonte en réalité qu'à 1825, prenant date au travail d'Andral; que, bientôt mise en oubli, l'étude de cette affection a été reprise par M. Fleury en 1852, par Monneret en 1861, par Frerichs en 1866; que chacun de ces auteurs l'envisagea sous des points de vue différents, le premier s'occupant spécialement de la symptomatologie, tandis que le second s'occupe du diagnostic de l'hyperémie hépatique en général, et le troisième de l'anatomie pathologique.

De telle sorte, qu'en définitive, la congestion chronique du foie ne nous est actuellement connue que par un petit nombre de travaux à la vérité très-remarquables.

Nous laisserons ici de côté l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement qui ne pourraient entrer dans le cadre trop restreint d'une thèse, et nous nous bornerons à tracer, d'après les ouvrages précédemment cités, et quelques-unes de nos propres observations, le tableau symptomatologique de l'hyperémie chronique du foie.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le siége de l'affection que nous nous proposons d'écrire étant parfaitement délimité et circonscrit, nous devons avoir des symptômes locaux, symptômes hépatiques : ce sont la douleur, les changements de forme, de volume, de rapport, etc...

De plus, un organe aussi important que le foie, sécréteur de la bile et de la matière glycogène, ne peut pas être altéré dans sa structure et ses fonctions, sans donner lieu à des troubles généraux, à des symptômes éloignés. Ce seront des phénomènes gastriques, nerveux, circulatoires, etc...

Nous décrirons d'abord les signes locaux.

SYMPTÔMES LOCAUX.

Douleur. — Dans la plupart des maladies, le premier symptôme qui inquiète le malade et mette le médecin sur la trace de la lésion, c'est la douleur. Il n'en est pas ainsi dans l'affection qui nous occupe. Au début, la souffrance n'existe pas. Plus tard, lorsque l'organe a acquis un volume considérable, l'hypochondre droit devient le siége d'une sensation de gêne, de pesanteur, assez rarement d'une douleur sourde. Toutefois, la douleur provoquée par la pression est plus précoce et plus vive surtout dans la région xiphoïdienne.

Mensuration. — A moins que l'hépatomacrosie ne soit très-avan-

cée, il est impossible de la constater à la simple vue. Cependant, dans un développement énorme le foie distend le flanc droit, soulève et rejette en dehors les fausses côtes, et forme une vaste tumeur qui se dessine assez bien à l'extérieur. La mensuration du côté droit donne alors un chiffre beaucoup plus élevé que celle du côté gauche.

Palpation. — Dans ces cas graves dont nous parlons, la palpation fournit aussi des indications utiles et assez précises. Le bord tranchant du foie descendant bien au delà du rebord costal est facilement senti par la main qui, promenée de haut en bas sur le plan uni et ferme de la face supérieure de l'organe, s'enfonce brusquement à ce niveau dans la cavité abdominale.

Pour procéder à cette exploration, il est indispensable de prendre certaines précautions usitées dans l'examen de toutes les tumeurs du ventre : flexion des jambes et des cuisses, inertie musculaire, etc.

Mais on aurait tort de croire que la palpation donne toujours des résultats aussi tranchés. Le plus souvent, au contraire, le foie n'est pas assez développé pour être accessible au toucher, soit qu'il ne dépasse pas le rebord des côtes, soit qu'il ne le dépasse que de quelques centimètres.

Dans ces hyperémies peu considérables et de beaucoup les plus nombreuses, on doit recourir à un autre mode d'exploration plus précis.

Percussion. — Lorsque l'hépatomacrosie n'est pas évidente, pour juger si le foie a subi ou non un accroissement de volume il est essentiel de fixer avant tout ses limites physiologiques.

Reste à savoir si la chose est possible ; on en pourrait douter d'après le langage que tiennent la plupart des auteurs.

Cruveilhier (*Anat. descrip.*, t. III, p. 380) s'exprime ainsi : « Je me suis assuré que le rapport entre le foie des divers individus était de 1 *à* 3, *en l'absence de toute lésion morbide.* »

Piorry affirme « qu'il est à peu près impossible d'établir les dimensions normales du foie. »

Monneret lui-même admet des variations de 1 à 9 centimètres pour le diamètre vertical médian, de 7 à 18 centimètres pour le diamètre mamelonnaire, de 7 à 13 centimètres pour le diamètre axillaire.

Cette manière de voir est repoussée par M. Fleury : « Le foie, l'un des organes les plus importants de l'économie, n'est-il donc soumis à aucune règle quant à son volume, et celui-ci peut-il présenter des différences aussi énormes et sous l'empire de circonstances complétement inappréciables ? »

M. Fleury, qui pose ainsi la question, répond négativement et avec raison. Bien qu'il ne s'explique pas complétement comment ces observateurs ont pu arriver à des résultats aussi singuliers, il signale cependant une cause d'erreur et une lacune considérable dans leurs procédés.

Nul d'entre eux en effet n'a tenu compte, du moins un compte rigoureux, de la taille des sujets.

M. Fleury qui, après avoir recherché sur 225 hommes adultes dont le foie était évidemment à l'état physiologique les dimensions normales de cet organe, a comparé les chiffres obtenus avec la taille des sujets, a été conduit aux conclusions suivantes :

« La distance qui sépare le mamelon du rebord costal est en général de 14 à 16 centimètres ; elle n'a jamais varié, abstraction faite de la taille, de plus de 7 centimètres (maximum : 18 cent., minimum : 11 cent.) ; chez les hommes de taille à peu près égale, *elle n'a jamais varié de plus de* 1 *à* 3 *centimètres.*

« Jamais, l'organe étant à l'état sain, et à moins d'une cause mécanique et extra-hépatique de déplacement (corset, tumeur, épanchement thoracique, abdominal, etc.), je n'ai vu le foie s'élever à plus de 2 centimètres, ou s'abaisser à plus de 4 centimètres au-dessous du mamelon, ni *dépasser le rebord costal et la ligne médiane de plus de* 1 *centimètre.*

« On peut établir, d'une manière générale, que le diamètre mamelonnaire du foie est, à l'état physiologique, de 10 à 12 centimètres chez les hommes adultes d'une taille ordinaire et régulièrement conformés; de 12 à 15 chez les hommes d'une taille élevée; de 10 à 7 chez les hommes d'une petite stature.

« Les dimensions relatives et physiologiques du foie sont données, à 3 centimètres près, — maximum des différences de volume que présente l'organe chez des sujets sains et de même taille, — par la distance qui sépare le rebord costal d'un point situé à 4 centimètres au-dessous du mamelon. » (Fleury, Traité d'hydrothérapie, p. 783.)

Cette citation ne paraîtra pas trop longue eu égard à l'extrême importance du point dont il s'agit; nous adoptons d'ailleurs pleinement les conclusions de M. Fleury, lesquelles nous semblent offrir toutes les garanties possibles d'exactitude et de précision et sont confirmées par Monneret lui-même qui revient sur ses premiers résultats, lorsqu'il dit :

« Chez un homme sain, couché sur un plan horizontal, la matité hépatique commence à 4 centimètres au-dessous du mamelon droit, et vient finir sur le bord des côtes qui couvre très-exactement l'organe et lui sert d'enceinte inférieure. »

Ainsi, lorsque l'organe dépassera la ligne médiane et le rebord costal de plus de 1 centimètre, lorsque ses différents diamètres excéderont les moyennes indiquées plus haut, en tenant compte de la taille des individus, son volume ne sera plus physiologique, et ce sera le cas de demander à la percussion de préciser le degré de l'hépatomacrosie.

Les résultats obtenus alors sont très-variables. Beaucoup de congestions récentes ou peu intenses ne donnent pas lieu à une augmentation du foie appréciable à la percussion.

Dans ces cas où l'expérience et l'habilité de l'observateur sont mises à l'épreuve, les symptômes généraux exposés plus loin pourront suppléer à l'absence des signes locaux.

En général cependant, pour peu que l'hyperémie date de quelque temps, le volume du foie s'est notablement accru ; le rebord costal et la ligne médiane sont dépassés de 3 ou 4 centimètres ; tous les diamètres présentent la même exagération. C'est ce qu'on observe ordinairement dans les affections du cœur un peu anciennes.

Mais le développement de l'organe devient parfois énorme ; on a vu le foic atteindre 25, 27 et même 30 centimètres, dans son diamètre mamelonnaire, à ce point que l'abdomen presque tout entier était envahi par la tumeur.

Ce qui frappe le plus, lorsqu'on répète la percussion à plusieurs reprises et à divers moments de la journée, ce sont les variations brusques et considérables qui se produisent dans l'étendue de la matité. Ce symptôme caractéristique a été signalé par Andral et, après lui, par tous les auteurs.

Monneret dit à ce sujet : « Nous devons signaler, en terminant, la forme chronique de la congestion qui, liée à une maladie du cœur, à une gêne plus ou moins permanente de la circulation dans la veine porte, etc..., subit des variations assez fréquentes, auxquelles correspondent des symptômes fortement accusés. L'accroissement de volume et surtout l'ictère, la fièvre exacerbante, les troubles digestifs indiquent les changements survenus dans le foie. On peut les suivre aisément chez les malades en proie à une affection du cœur, qui renouvelle sans cesse la congestion. La teinte subictérique légère, la coloration foncée de l'urine, ses sédiments rougeâtres, la douleur et le gonflement épigastriques, les accès quotidiens de la fièvre dans une maladie apyrétique sont plus que suffisants pour prévenir le praticien qu'il s'agit d'une congestion du foie. »

M. Fleury cite un exemple d'une de ces variations, extrêmement remarquable par sa rapidité et son intensité. Chez un malade atteint d'une fièvre intermittente irrégulière, le foie qui la veille n'avait que 17 cent. de diamètre mamelonnaire et 7 de dia-

mètre médian était arrivé à 13 cent. sur la ligne médiane et à 27 sur la ligne mamelonnaire.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un cas de ce genre dans lequel les variations, sans être aussi considérables, ont cependant été très-nettes et très-tranchées.

Nous rapporterons cette observation qui, en même temps qu'elle est intéressante à ce point de vue, peut, croyons-nous, être considérée comme le type d'une forme d'affections cardiaques assez fréquente.

Observation.

Delabrosse, 21 ans, argenteur. Aucun rhumatisant dans sa famille.

A 8 ans, première attaque de rhumatisme.

A 12 ans, deuxième attaque de rhumatisme.

A 17 ans, troisième attaque: toutes les grandes articulations sont prises. — Pleurésie double. — Signes d'endocardite. — Trois mois à la Pitié. — Guérison.

Depuis ce temps, palpitations et dyspnée, surtout à la suite d'un exercice violent.

A 18 ans, quatrième attaque.

A 21 ans, cinquième : articulations du pied, du coude et des poignets. Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 24, le 26 mars 1870.

Le 5 avril, état actuel. Toute trace de rhumatisme a disparu depuis le 1er avril. — Teint coloré ; respiration assez facile. Appétit satisfaisant ; digestion lente, sans être trop pénible. Sommeil assez tranquille. Du reste, suivant l'expression du malade, il est dans un de ses bons moments.

Submatité et affaiblissement du murmure respiratoire à la base du poumon droit.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal. Voussure très-prononcée; matité transversale de 8 cent. Frémissement cataire.

L'oreille est soulevée violemment par le choc du cœur.

Premier bruit rude et sourd; second bruit accompagné d'un souffle très-fort à la base, se propageant dans les vaisseaux. Pouls irrégulier, ample et vibrant. Les carotides battent violemment. Le sphygmographe donne le tracé de l'insuffisance aortique; pas d'œdème, pas d'ascite.

Diagnostic: rétrécissement et insuffisance aortiques.

Du côté du foie : légère douleur à la pression; la palpation ne donne rien ; à la percussion, on constate: 6 cent. au diamètre médian; 16 cent. au diamètre mamelonnaire; 17 cent. au diamètre axillaire. Le rebord costal est dépassé de 2 cent. 1/2, la ligne médiane de 2 cent. Légère coloration ictérique de l'angle interne des conjonctives; urines normales.

Le 10 avril, le malade est sombre et inquiet; son sommeil a été troublé par des cauchemars. Le matin au reveil: céphalalgie, langue sale, inappétence complète; nausées après l'ingestion d'une très-faible quantité d'aliments; constipation. Palpitations violentes allant parfois jusqu'au vertige. Pouls irrégulier, vibrant.

Sensation de pesanteur à la région du foie. Douleur plus vive à la pression.

La percussion faite avec le plus grand soin et répétée un grand nombre de fois donne les chiffres suivants:

Diamètre mamelonnaire, 18 cent. au lieu de 16; diamètre axillaire, 18 au lieu de 17; diamètre médian, 7 1|2 au lieu de 6.

Le foie descend presque jusqu'à l'ombilic. Tous les diamètres sont donc augmentés et dans une proportion très-notable.

Coloration ictérique très-prononcée de la conjonctive.

Les urines, essayées à l'iodure ioduré de potassium, donnent la réaction caractéristiqne de la présence de la biliverdine.

Le malade est plongé dans des idées noires. Il parle de mettre fin à ses souffrances par une mort violente.

Il nous affirme que l'état dans lequel il se présente à nous en ce moment est la reproduction exacte de ce qu'il éprouve depuis quatre ans (c'est-à-dire depuis sa cinquième attaque de rhumatisme compliquée d'endocardite), à intervalles plus ou moins éloignés. Les *crises* (c'est l'expression dont il se servait), qui dans le principe ne revenaient guère que tous les mois, se rapprochèrent peu à peu et depuis un an elles se reproduisaient tous les dix ou douze jours.

Le 11, la nuit a été plus mauvaise. Insomnies, frissons, sueurs abondantes vers le matin, puis sommeil agité de quatre à six heures. Constipation persistante ; du reste mêmes symptômes.

Traitement. — Dix gouttes de teinture alcoolique de digitale; eau de sedlitz.

Le 12. La physionomie du malade est complétement changée. Il est gai, demande ses trois degrés et les mange avec appétit.

Il nous informe que, dans la nuit, vers deux heures, il a été pris de qu'il appelle la *débâcle finale*, c'est-à-dire d'une envie irrésistible d'aller à la selle, suivie de cinq garde-robes très-abondantes. A trois heures et demie, il a pu se coucher, très-fatigué, est tombé dans un profond sommeil pendant quatre heures environ, et s'est réveillé encore un peu courbaturé, mais du reste sans céphalalgie, sans nausées, sans palpitations, sans ce malaise général qu'il ressentait la veille.

Il nous affirme, d'ailleurs, que ce singulier dénoûment ne fait presque jamais défaut. L'accès que nous venons de décrire dure habituellement deux jours; le troisième jour a lieu la terminaison par des évacuations abondantes, provoquées ou non. Chose remarquable, le jour qui suit la crise est ordinairement le meilleur de la série; le malade se sent toujours un peu brisé, mais il éprouve, dit-il, un bien-être tel, qu'il se croit revenu à une santé parfaite.

La percussion, que nous pratiquons immédiatement avec autant de soin que précédemment, nous donne exactement les chiffres que nous avions avant l'accès. Donc, à moins d'une erreur de notre part (erreur qu'à coup sûr il ne faudrait pas mettre sur le compte d'un manque d'attention et de soin), le foie de ce malade, sous l'influence d'un trouble asystolique du cœur, s'est accru subitement de 2 centimètres dans presque tous ses diamètres, et est, non moins subitement, revenu à son volume primitif.

Nous avons, au surplus, eu l'occasion d'examiner ce malade une seconde fois dans le même état.

Le 23 avril, il nous annonçait lui-même qu'il allait être repris d'accidents semblables à ceux que nous avions observés. La nuit avait été mauvaise, le sommeil troublé; il avait un peu de céphalalgie. Cependant, aucun changement appréciable n'était survenu dans le volume du foie.

Mais le lendemain et le surlendemain, 24 et 25 avril, nous pûmes suivre une série de symptômes identiques à ceux observés le 10 et le 11. Même céphalalgie, même embarras gastrique, même constipation, *même augmentation* des diamètres du foie, enfin garde-robes abondantes, disparition des accidents et *retrait du foie.*

Le malade quitta l'Hôtel-Dieu le 28 avril.

Nous avons cru devoir reproduire *in extenso* cette observation, parce qu'elle nous semble mériter l'attention à plusieurs points de vue.

Notons, en passant, la marche intermittente de cette affection cardiaque, dont les phénomènes asystoliques se produisent par accès d'abord éloignés, puis de plus en plus rapprochés, pour arriver plus tard à la continuité.

Nous ferons remarquer surtout la localisation des troubles asystoliques sur l'appareil hépatique et ses dépendances, les variations brusques et si nettement accusées du volume du foie sous

l'influence de ce surcroît d'hyperémie, enfin, l'absence complète d'œdème et d'ascite; nous comptons revenir sur ce dernier point.

Cette observation nous démontre encore que la congestion chronique du foie est accompagnée non-seulement de symptômes locaux, mais encore de troubles généraux assez nombreux et assez graves; nous en dresserons la longue liste en insistant particulièrement sur quelques phénomènes qui nous semblent dignes d'être notés.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX.

Les symptômes généraux de l'hyperémie chronique du foie sont trop variés pour que nous puissions en faire une complète énumération sans les classer dans un certain ordre.

Nous grouperons ensemble tous les signes fournis par un même appareil dans l'ordre suivant :

Désordres du côté du tube digestif, de la peau, des organes génitaux, du système nerveux, du système circulatoire.

Troubles des fonctions digestives.

De tous les phénomènes généraux de l'hyperémie chronique du foie, les troubles digestifs sont les plus importants par leur constance, leur intensité et leurs conséquences sérieuses. L'appétit, en effet, est toujours perverti ; le plus souvent il fait complétement défaut ; le dégoût pour les aliments devient presque invincible et les malades sont obligés de recourir aux mets les plus excitants, aux condiments âcres, aux fruits acides, etc.

La boulimie est très-exceptionnelle, bien qu'on en ait vu des exemples.

La langue est en général épaisse, chargée d'un enduit jaunâtre.

Ces symptômes trahissent le mauvais état de l'estomac; aussi les digestions sont toujours longues et pénibles. On observe ici toute la variété des nombreuses formes de dyspepsie : pesanteur, tension épigastrique, flatulence, régurgitations acides, vomissements alimentaires, etc.

Il faut noter toutefois que les douleurs gastralgiques proprement dites, vulgairement appelées crampes d'estomac, sont extrêmement rares dans la congestion du foie ; les accidents gastriques résultent d'une digestion plutôt pénible que douloureuse.

La constipation est de règle; elle résiste souvent aux purgations énergiques ; parfois cependant on observe une diarrhée, une véritable lientérie, très-rebelle également à la thérapeutique.

Ces divers troubles de l'appareil digestif sont très-précoces et vont toujours en s'aggravant avec la durée de la maladie.

On conçoit aisément combien ils altèrent la santé générale. La nutrition languit par suite d'une élaboration et d'une absorption incomplète des aliments. Les malades ne tardent pas à tomber dans une anémie profonde, cause de la plupart des symptômes qui nous restent à décrire.

Phénomènes cutanés.

Lorsque l'hyperémie est ancienne et déjà considérable, le derme anémié comme le reste de l'organisme se modifie dans sa structure et ses propriétés.

La peau devient sèche, rugueuse, parcheminée. Elle est le siége d'un prurit fort pénible, parfois même d'un véritable prurigo, d'un érythème ou d'un urticaire. Le fonctionnement des glandes sudoripares semble complétement suspendu. « Bien des malades, dit M. Fleury, me défient de les faire suer. »

Un autre fait non moins curieux c'est leur excessive frilosité ; on les voit en plein été se couvrir des vêtements les plus chauds et

frissonner sous un soleil ardent. Cependant leur température réelle ne s'abaisse pas sensiblement.

La face présente un cachet particulier, une coloration spéciale, accentuée surtout aux pommettes ; cette teinte jaunâtre, dont il est impossible de donner une idée précise, car elle ne ressemble exactement à aucune autre plus connue, est très-caractéristique pour un œil exercé.

L'*ictère* existe-t-il habituellement dans la congestion chronique du foie? Monneret le regarde comme un des symptômes les plus certains; M. Fleury combat cette opinion. Pour lui, l'ictère est accidentel et ne survient qu'à la suite d'une cause étrangère à l'hyperémie proprement dite (excès de table, émotion morale vive, etc.). C'est un symptôme appartenant à la congestion phlegmasique, et non à la congestion simple.

Nous rappellerons à ce sujet l'observation que nous avons rapportée plus haut. L'ictère au moins fort douteux pendant la période de santé relative, devenait parfaitement évident pendant les exacerbations. Il est vrai que, malgré le peu de fréquence du pouls, les frissons, la chaleur, la sueur semblaient indiquer qu'il s'agissait ici non-seulement d'une simple recrudescence congestive, mais encore d'une hyperhémie légèrement inflammatoire.

Quant au mécanisme par lequel cet ictère pourrait se produire, Frerichs nous l'apprend dans son *Traité pratique des maladies du foie*, p. 195.

« Souvent on remarque un gonflement et une hypersécrétion de la muqueuse des voies biliaires d'où peuvent résulter une stase partielle et même générale de la bile, avec un ictère léger. »

Phénomènes génitaux.

Les pertes séminales dans la congestion chronique du foie peuvent être primitives ou secondaires. Que l'hyperémie hépatique

soit la conséquence de l'anémie causée par les pertes séminales, ou que celles-ci, au contraire, succèdent à la débilité produite par la congestion du foie, ces deux affections, lorsqu'elles viennent à se compliquer, forment un véritable cercle vicieux dont il est bien difficile de faire sortir le malade.

De plus, « l'anaphrodisie et surtout l'impuissance se montrent chez tous les sujets dont la maladie est ancienne et grave. » (Fleury.)

Phénomènes nerveux.

La débilité de l'hyperémie hépatique s'accompagne de troubles nerveux d'une intensité remarquable.

On observe des douleurs erratiques articulaires ou musculaires, une céphalalgie qu'il n'est pas toujours possible de rattacher uniquement à la dyspepsie, des vertiges, d'une insomnie très-pénible et très-persistante. (Monneret.)

Les facultés intellectuelles, surtout la mémoire, s'affaiblissent graduellement ; tout travail de cabinet est pour le malade une cause de fatigue, de céphalée, d'une excitation nerveuse, et finit par devenir insupportable.

Les facultés morales s'altèrent également ; le caractère devient impatient, irascible ; toujours sombre et plongé dans de tristes réflexions, le malade tombe en proie à une véritable lypémanie.

Sa santé, ses souffrances, ses actes physiologiques ou morbides sont le sujet ordinaire de ses préoccupations ; il note, examine, sans s'arrêter aux détails les plus repoussants, tous les phénomènes, toutes les sensations qu'il éprouve ; il s'exagère les symptômes, se croit atteint de plusieurs maladies graves; tantôt tremblant devant la mort, tantôt l'appelant à son secours, se suicidant même pour en finir et échapper à ce terrible cauchemar qui le poursuit sans cesse, il devient enfin dans toute la force du terme qu'on est convenu d'appeler un hypochondriaque.

On doit à M. Fleury d'avoir démontré qu'un grand nombre de ces prétendus malades imaginaires sont atteints de congestion hépatique, cause première de leur désordre cérébral.

Il est inutile d'ajouter que les troubles nerveux sont plus ou moins prononcés et n'acquièrent cette gravité que dans les hyperémies considérables.

Phénomènes circulatoires.

La congestion chronique du foie est-elle apyrétique ou s'accompagne-t-elle de réaction fébrile? Cette question semble d'abord inutile, puisqu'il s'agit d'une simple congestion sans phlegmasie. sans fièvre, par conséquent, suivant les idées généralement reçues, Monneret répond à l'objection par des considérations que nous croyons devoir reproduire textuellement et sans commentaire.

« La fièvre, en général, n'appartient pas aux congestions; celles-ci se distinguent précisément des phlegmasies par l'absence de toute fièvre. Il n'en est pas ainsi de la congestion hépatique et il importe de dire sur-le-champ pourquoi nous l'avons toujours vue s'accompagner de fièvre. Commençons d'abord par établir que les maladies les plus diverses du foie, la phlébite, la cholécystite, la dilatation des conduits hépatiques, la phlegmasie aiguë ou chronique, les acéphalocystes donnent lieu à des accès de fièvre rémittents et même intermittents, c'est-à-dire que le soir ou le jour il survient un redoublement ou un accès marqué par du frisson, de la chaleur et de la sueur. Ce n'est donc pas à la nature de l'acte morbide, mais à son siége, à l'organe lui-même, qu'il faut rapporter la cause de l'intermittence. »

L'auteur conclut de là à un nouveau moyen de diagnostiquer l'hyperémie simple de l'inflammation; dans celle-ci, le mouvement fébrile serait rémittent, tandis qu'il serait franchement intermittent dans celle-là; il convient toutefois que ce diagnostic

différentiel, sur lequel il revient fréquemment, est très-obscur et très-difficile; un tel aveu rend vraisemblable l'opinion contraire de M. Fleury qui semble autorisé à mettre sur le compte d'une erreur de diagnostic l'assertion de Monneret. Pour M. Fleury, l'hyperémie hépatique simple est une affection complétement apyrétique; l'état fébrile n'est qu'accidentel; tel est aussi l'avis de Frerichs. S'il nous était permis d'apporter les résultats de notre observation, nous dirions que dans un assez grand nombre d'affections du cœur compliquées de congestion du foie, mais à marche lente et sans paroxysmes, nous n'avons jamais constaté les accès fébriles quotidiens dont parle Monneret; aussi croyons-nous devoir nous ranger à l'opinion de Fleury adoptée par Frerichs.

Quoi qu'il en soit, en dehors de ces accès fébriles, le pouls est petit, mou, plutôt ralenti qu'accéléré.

Les deux observateurs sont encore dans un complet désaccord au sujet d'un autre symptôme important.

D'après Monneret, les hémorrhagies et surtout l'épistaxis sont très-fréquentes dans plusieurs affections du foie et en particulier dans la congestion chronique simple. M. Fleury, sur 123 cas d'hyperémie hépatique, n'a pas observé une seule hémorrhagie; un tel désaccord sur un fait aussi facile à observer a le droit de nous surprendre; nous ne pouvons que le constater et attendre de nouveaux faits pour former notre opinion.

Nous ferons une remarque générale au sujet de ces trois phénomènes assez importants, sur lesquels Monneret et Fleury sont d'avis opposés; Monneret admet l'ictère, l'épistaxis et le mouvement fébrile comme symptômes habituels de la congestion chronique simple; M. Fleury les attribue à la congestion phlegmasique; il est impossible cependant de supposer que tous les diagnostics de Monneret soient erronnés; aussi serions-nous disposé à croire (d'autant plus que nous l'avons observé nous-

même) que dans la congestion simple du foie surviennent assez souvent des paroxysmes, des accès aigus à réaction fébrile, dans lesquels ces divers symptômes peuvent se manifester ; nous sommes surpris toutefois que chacun des observateurs soit aussi absolu dans son opinion.

Anémie.

Comme nous l'avons déjà dit en parlant du trouble des fonctions digestives, l'hyperémie chronique du foie, arrivée à un certain degré, produit nécessairement l'anémie ; dans les cas graves l'émaciation, devenue vraiment squelettique, ne peut se comparer qu'à celle de la période ultime de la phthisie.

La dyspepsie, les pertes séminales, la perturbation nerveuse suffiraient à expliquer cette agglobulie et cet amaigrissement extrême ; mais ne pourrait-on pas, en présence de cette stase veineuse considérable et prolongée, faire entrer en ligne de compte un trouble fonctionnel du foie, un arrêt dans la sécrétion de la matière glycogène ; nous n'insistons pas d'ailleurs sur cette hypothèse, à l'appui de laquelle nous n'avons aucune preuve expérimentale.

Ascite.

L'hyperémie chronique du foie produit-elle l'ascite ?

Cette question se pose toute naturellement ; et en effet si, par inertie vasculaire ou par un obstacle mécanique, le sang séjourne et s'arrête dans une partie quelconque de l'arbre circulatoire, tous les vaisseaux situés au-dessous supporteront évidemment une pression plus forte ; il arrivera alors, ou bien que l'énergie de l'impulsion cardiaque et de leur propre contractilité réussira à vaincre l'obstacle et à forcer le sang à le franchir ; ou que, cette énergie faisant défaut, ils se laisseront distendre de proche en

proche par une pression de plus en plus forte qui finira par faire exsuder le sérum à travers leurs parois amincies ; ce dernier phénomène sera singulièrement favorisé par l'anémie globulaire, par l'altération du sang privé de ses hématies et de sa fibrine et réduit, pour ainsi dire, à un plasma liquide.

Or, si faible qu'on la suppose, l'hyperémie d'un organe aussi riche en vaisseaux que le foie met nécessairement une entrave au vaste courant circulatoire de la veine porte.

« La stase se propage à la veine porte et aux organes où elle prend sa source ; il se développe dans le foie et toutes les parties où la veine se distribue une série d'anomalies fonctionnelles et nutritives » (Frerichs).

A plus forte raison en sera-t-il ainsi pour ces congestions anciennes qui font acquérir à la glande hépatique un tel développement qu'elle remplit la plus grande partie de l'abdomen et comprime toute la masse intestinale. La stase veineuseest considérable, l'anémie profonde, toutes les condition sfavorables à la production d'une ascite semble réunies, et cependant dans *l'hyperémie chronique du foie, l'épanchement péritonéal n'existe jamais.*

Ce fait nous paraît trop remarquable pour que nous n'y insistions pas, d'abord pour l'établir, puis pour examiner s'il serait possible d'en trouver l'explication.

M. Fleury, dont la compétence en pareille matière est incontestable, affirme de la manière la plus formelle cette absence constante d'hydropisie.

« Jamais, dit-il, — à moins d'une complication (tumeur de « l'ovaire, maladie de Bright, etc.), — nous n'avons rencontré le « moindre épanchement ascitique, la plus légère hydropisie chez « les sujets atteints de congestion chronique du foie, alors même « que *la maladie était très-ancienne* et *l'hépatomacrosie très-considé-« rable.* »

On le voit, il est impossible d'être plus affirmatif, et il faut le

reconnaître, les nombreuses et remarquables observations du *Traité d'hydrothérapie* paraissent justifier complètement cette assertion.

Nous n'ignorons pas qu'en 1849 Monneret — dans ses recherches cliniques sur les maladies du foie, *Revue médico-chirurg.*, Paris — émettait une assertion opposée.

« Pour peu, disait-il à cette époque, que la congestion passive « du foie se répète ou persiste quelque temps, la sécrétion séreuse « du péritoine est altérée ; de là une hydropisie légère ou considé- « rable, suivant l'intensité et la durée de la congestion. »

Mais, si on se reporte à l'article que cet auteur consacre à l'hyperémie chronique du foie dans son Traité de pathologie interne, on y remarque qu'il n'y est plus aucunement question de l'ascite. Que conclure de là? A moins d'admettre un oubli d'autant plus invraisemblable qu'il s'agit d'un point important et en même temps contesté, nous devons croire qu'en 1864 Monneret avait reconnu l'erreur qu'une observation incomplète lui aurait fait commettre en 1849.

L'absence d'ascite dans la congestion chronique du foie est donc, à nos yeux, un fait hors de doute, et ce qui achève de nous déterminer à le penser ainsi, c'est l'opinion de M. le professeur Axenfeld qui veut bien nous autoriser à dire que les résultats de son expérience et de son observation sont pleinement d'accord avec ceux qu'a obtenus M. Fleury.

Le fait étant ainsi désormais établi, comment l'expliquer?

Comment expliquer qu'une stase veineuse, souvent énorme, qui produit évidemment une augmentation de pression considérable dans tout le système afferent de la veine porte ne donne jamais lieu à l'hydropisie abdominale?

Faut-il admettre, comme on l'a prétendu, une résistance spéciale, une tonicité particulière des vaisseaux tributaires de la veine porte ? Mais c'est reculer la difficulté. D'où viendrait, en effet, que les

parois veineuses fussent, précisément dans cette affection et dans cette affection seule, douées d'une tonicité toute spéciale?

Objectera-t-on que pour la production de l'ascite, un obstacle mécanique à la circulation ne suffit pas, qu'il faut encore une altération profonde du sang, une véritable cachexie! Mais, dans les formes graves de la congestion hépatique, cette cachexie arrive à un degré tel que M. Fleury déclare lui-même ne l'avoir jamais vue surpassée par le marasme de la phthisie et du cancer. Il est ordinaire cependant de voir ces dernières affections déterminer, dans leur période avancée, diverses hydropisies. Pourquoi donc la cachexie de la congestion du foie, qui s'accompagne en outre d'un obstacle mécanique à la circulation abdominale, ne donne-t-elle jamais lieu au moindre épanchement ascitique?

Exigera-t-on, pour la production de l'hydropisie, une irritation du péritoine, une inflammation plus ou moins intense de cette membrane, résultant d'une altération dans la composition du sang, d'une compression trop forte, etc.? Mais dans l'hyperémie hépatique grave, le sang est profondément anémié; le foie, devenu énorme, comprime tous les viscères et la séreuse qui les recouvre. De plus l'examen nécroscopique démontre que la muqueuse gastro-intestinale est toujours fortement congestionnée, parfois même enflammée et ramollie. Nous n'avons pas besoin d'insister pour faire voir combien la réunion de ces circonstances prédispose à l'irritation sécrétoire du péritoine.

Toutes ces hypothèses écartées, la véritable explication de ce phénomène nous semble bien difficile à trouver. La question se compliquera encore si nous faisons remarquer qu'un certain nombre d'autres affections graves du foie ont cela de commun avec l'hyperémie qu'elles parcourent toutes leurs phases et se terminent même par la mort sans avoir donné lieu à l'épanchement péritonéal; nous citerons parmi elle l'hypertrophie, les kystes hydatiques, et qui plus est le cancer à propos duquel Monneret dit

en effet : « L'ascite est un symptôme assez fréquent du cancer « hépatique, mais il n'est rien moins que constant. Tous les au- « teurs ont rapporté des cas de dégénérescence fort étendue du « foie sans épanchement dans l'abdomen. » (*Compendium.*)

Admettons que, dans l'hypertrophie, les vaisseaux se développant avec le reste de l'organe puissent offrir un calibre suffisant au courant sanguin.

Mais le kyste hydatique, par sa masse considérable, refoule et écrase nécessairement le parenchyme hépatique et cause même dans les fonctions de l'organe assez de désordres pour produire un anémie profonde; nous ne nous expliquons pas que, dans ces conditions, il ne puisse pas devenir un obstacle à la circulation, suffisant pour déterminer l'épanchement séreux péritonéal.

Nous sommes encore plus surpris de l'absence de l'ascite dans une carcinome du foie. Ce cancer, qui souvent marche avec une très-grande rapidité, oblitère, dans un court espace de temps, un grand nombre de vaisseaux. Il faut que les autres, pour les suppléer, se développent avec une égale rapidité, chose bien difficile à comprendre dans *une dégénérescence étendue.*

Toutes ces lésions hépatiques s'accompagnent d'une hyperémie plus ou moins intense. On pourrait peut-être en conclure que cette complication serait la cause de l'absence de l'hydropisie et qu'entre ces deux phénomènes morbides il existerait une sorte d'antagonisme, si une telle hypothèse qui n'est rien moins que démontrée n'était elle-même tout entière à expliquer.

Nous avouerons donc que nous avons cherché vainement la raison de cette anomalie de physiologie pathologique; et, après de vains efforts, nous ne pouvons qu'appeler l'attention des observateurs sur ce point en exprimant le désir et l'espoir qu'ils soient plus heureux que nous.

Après avoir exposé la symptomatologie du foie, il nous reste à déterminer dans quel ordre de fréquence les divers phénomènes se produisent et quelles circonstances accessoires peuvent les modifier.

Ces symptômes varient avec la gravité, la durée de l'affection, avec la cause qui l'a fait naître, avec la constitution du sujet, etc.

La scène pathologique telle que nous l'avons décrite, ne se déroule réellement d'une manière complète que dans les hyperémies simples avec développement énorme du foie. Chacune des remarquables observations du Traité d'hydrothérapie est un véritable tableau symptomatologique de cette affection ; nous y retrouvons accumulés tous les phénomènes morbides dont nous avons parlé.

Mais ce serait commettre une erreur funeste que de s'attendre à trouver toujours un tel ensemble de symptômes; et, en effet, dans les hyperémies médiocres qui sont de beaucoup les plus communes, surtout dans les hyperémies consécutives à la sthénose des orifices cardiaques, les troubles généraux sont moins intenses et moins nombreux.

On peut les classer par ordre de fréquence de la manière suivante: phénomènes digestifs, — anémiques, — nerveux, — cutanés et génitaux.

Les symptômes dyspeptiques ne font jamais défaut: ils sont intimement liés à l'état congestif du foie, et se montrent pour ainsi dire en même temps que lui. L'anémie et les troubles nerveux apparaissent à une époque plus ou moins éloignée suivant la gravité de l'affection.

Les phénomènes cutanés et génitaux sont ordinairement le résultat d'hépatomacrosies anciennes et considérables.

L'ictère, l'hémorrhagie, le mouvement fébrile seraient, d'après Monneret, des signes caractéristiques du début; devant l'assertion contradictoire de M. Fleury et Frerichs nous nous tenons prudemment sur la réserve; cependant nous penchons à croire que

ces symptômes, accidentels il est vrai, mais assez fréquents, peuvent fournir des indications utiles et ne doivent pas être négligés.

Il est évident que les lésions primitives, causes de l'hyperémie du foie, viendront ajouter leurs propres symptômes à ceux de l'affection secondaire. Ainsi, dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, les désordres cardiaques (palpitations, vertiges, etc.) accompagnaient les troubles gastro-hépatiques.

Il ne faut donc pas s'attendre à voir les symptômes généraux se présenter souvent à ce degré et avec cet ensemble vraiment caractéristique des formes graves; mais leur apparition, même isolée, doit toujours éveiller l'attention sur l'organe hépatique et faire recourir à la percussion pour s'assurer si cet organe est ou n'est pas lésé.

Marche. — Durée. — Terminaisons.

La congestion chronique du foie peut débuter d'une façon assez brusque, et atteindre d'emblée une certaine gravité. Ce fait s'observe surtout dans les pays chauds à la suite d'hépatite aiguë, de fièvre jaune, de fièvre intermittente et d'autres pyrexies.

Mais ordinairement la marche de cette affection est lente et graduelle; le volume de foie s'accroît peu à peu sous l'influence d'une hyperémie continuelle; de temps en temps surviennent des exacerbations, des accès aigus. Pendant ces recrudescences, l'organe subit un accroissement notable et reste toujours à la suite un peu plus volumineux qu'il n'était auparavant.

Cette marche paroxystique est l'un des caractères distinctifs les plus remarquables de la congestion chronique du foie; o peut la voir persister ainsi, pendant dix, quinze, vingt ans, si l'une des terminaisons dont nous aller parler ne vient pas y mettre fin.

Ces terminaisons varient suivant que l'affection est primitive ou secondaire.

Lorsque l'hyperémie du foie est liée à une lésion incurable, telle qu'une affection cardiaque, elle en suit toutes les phases, s'aggravant ou s'atténuant avec elle, jusqu'à la terminaison fatale.

L'hyperémie consécutive à une maladie curable peut disparaître avec celle-ci, ou persister si sa date est déjà trop ancienne.

La congestion simple, au début, guérit quelquefois sous l'influence d'un bon régime, d'une gymnastique bien dirigée, de voyages, de distractions, etc.; mais lorsqu'elle a fait acquérir à l'organe un certain développement, les moyens hygiéniques seuls deviennent insuffisants. Elle reste alors stationnaire et se prolonge indéfiniment dans le même état; les malades traînent leur affection et son cortége de symptômes jusqu'à ce qu'ils succombent à une maladie intercurrente.

Mais l'hyperémie peut prendre une marche progressivement funeste; le dépérissement causé par les troubles digestifs, les pertes séminales, etc., arrive au dernier degré du marasme; les malades finissent par s'éteindre dans un épuisement complet.

Cette terminaison n'appartient qu'aux formes très-graves; mais elle a été mise hors de doute par MM. Andral et Fleury.

Nous ne savons pas encore si la congestion non phlegmasique du foie peut produire dans cet organe diverses dégénérescences telles que la cirrhose, le cancer, etc. Monneret tend à l'admettre; Frerichs et Fleury ne se prononcent pas à ce sujet.

Bien que nous ne nous occupions pas du traitement, nous ne pouvons nous empêcher de signaler les excellents effets de l'hydrothérapie et surtout des douches directes dans les hyperémies même les plus rebelles. On peut dire que ce mode de traitement a renversé complétement la proportion des terminaisons heureuses et funestes; le plus grand nombre des congestions primitives sont entièrement guéries, les autres très-améliorées; les congestions secondaires elles-mêmes sont amendées au point de causer au

malade, sur sa guérison définitive, des illusions qui malheureusement se dissiperont tôt ou tard.

Nous tenions à ne pas passer ces faits sous silence, la thérapeutique n'ayant pas souvent à enregistrer de pareils succès.

Telle est la symptomatologie de la congestion chronique du foie, dans l'état actuel de nos connaissances bien incomplètes encore, on vient de le voir.

Un certain nombre de points restent obscurs et controversés. Seule l'expérience, appuyée sur des recherches sérieuses et multipliées, pourra prononcer entre les observateurs éminents dont nous avons constaté la divergence d'opinions.

Pour nous, nous aurons atteint notre but si nous avons réussi à appeler l'attention sur cette étude trop négligée jusqu'ici.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulations de la colonne vertébrale.

Physiologie. — Des usages du nerf grand sympathique.

Physique. — Chaleur animale.

Chimie. — Des combinaisons du phosphore avec l'oxygène; propriétés et préparations des acides phosphoreux et phosphorique.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des batraciens; comment les divise-t-on? De la grenouille, du crapaud; leurs produits.

Pathoogie externe. — Des luxations de l'astragale.

Pathologie interne. — De l'ulcère chronique simple de l'estomac.

Pathologie générale. — De la contagion et de l'infection.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie glandulaire.

Médecine opératoire. — Du mode d'application des caustiques minéraux.

Pharmacologie. — Du vinaigre de vin; quelles sont les altérations qu'on lui fait subir, et des moyens de les reconnaître? Quels sont les principes que le vinaigre enlève aux plantes? Comment prépare-t-on les vinaigres médicinaux?

Thérapeutique. — De l'accoutumance en thérapeutique.

Hygiène. — Des pays chauds.

Médecine légale. — Quelle est la valeur relative des faits sur lesquels un expert peut se fonder pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement?

Accouchements. — Des vomissements incoercibles.

Vu, bon à imprimer,

AXENFELD, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris

A. MOURIER.